



Liebe Patientinnen und Patienten,

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Um Ihre Behandlung bestmöglich durchführen zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen.

Name:..... Vorname:..... Geb.-Datum:.....

Beruf:..... Gewicht:..... Größe:.....

Adresse:.....

Telefon:..... E-mail:.....

Kontaktperson für den Notfall: (bitte angeben).....

Rufnummer der Kontaktperson: (bitte angeben).....

Grund Ihres heutigen Besuches:.....

Bei mir sind folgende Erkrankungen bekannt (zutreffendes bitte umkreisen):

- HERZINFARKT ▪ SCHLAGANFALL ▪ BLUTHOCHDRUCK ▪ MAGEN/DARM
- KREBS ERKRANKUNG (wenn ja welche).....
- ALLERGIEN (wenn ja welche).....
- ANDERE ERKRANKUNGEN (wenn ja welche).....
- DIABETES MELLITUS - wenn **ja bitte auch die Rückseite** des Fragebogens ausfüllen -

Ist Ihr Impfstatus aktuell? ▪ JA ▪ BITTE UM BESPRECHUNG

Sind Sie Raucher? (wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich?).....

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? (wenn ja wie viel täglich).....

Wurden Sie stationär im Krankenhaus behandelt? (bitte angeben wo, wann und warum).....

Folgende Medikamente nehme ich regelmäßig ein:.....

Datum:..... **Unterschrift:**.....



